

Fragilidade social e psicologia da saúde

Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (*)

ANA RITA CORREIA (**)

1. INTRODUÇÃO

Enquanto ciência da saúde, a psicologia da saúde pode ser praticada numa variedade ampla de organizações, desde os serviços de saúde até às empresas, autarquias locais, organizações comunitárias e instituições académicas. No caso dos serviços de saúde está muito mais dependente do discurso, das práticas e das tecnologias médicas do que noutras organizações. Talvez com excepção da prática da psicologia nos cuidados de saúde primários (Centros de Saúde), nos quais a perspectiva principal da intervenção individual e com grupos é a de contribuir para a promoção da saúde e para a prevenção, é relativamente fácil que noutros serviços de saúde fique mais centrada na doença do que na saúde (Marks, 1996). Apesar disto, tem que manter-se na mesma associada às dimensões sociais (e culturais) ligadas à própria prestação dos cuidados (Hardey, 1998) e aos aspectos organizacionais dos próprios serviços. Seja como for, é ne-

cessária uma orientação mais psicossocial que considere o indivíduo como ser social, na perspectiva da influência dos factores sociais, culturais e ambientais sobre os processos psicológicos individuais e comportamentos relacionados com a saúde e a prestação dos cuidados.

A psicologia da saúde envolve a consideração do contexto social e cultural onde a saúde e a doença ocorrem, tendo em conta que a saúde depende não só dos comportamentos e estilo de vida individual mas também de influências sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, e influências culturais e ambientais (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Isto é particularmente evidente quando se pensa nas principais causas de doença e de incapacidade previstas para os próximos 25 anos pelo *Global Burden of Disease* (Murray & Lopez, 1997), praticamente todas elas associadas a factores de risco de natureza comportamental e influenciados significativamente por factores sociais e culturais: doença isquémica do coração, acidentes de viação, doenças cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, tuberculose, infecção pelo VIH. São situações nas quais a mediação das variáveis psicológicas é essencial para a prevenção primária, mas também para a mudança de comportamentos de indivíduos já

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Sócio fundador da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

(**) Centro de Saúde da Parede.

doentes, envolvidos em processos de tratamento ou de reabilitação.

Portanto, são úteis estudos psicológicos sobre os diferentes conceitos de saúde e doença e sobre as diferentes formas de proteger a saúde e de lidar com a doença em indivíduos provenientes de diferentes contextos sociais e culturais, ou seja, perspectivas interdisciplinares e transculturais da saúde, da doença e da prestação dos cuidados de saúde.

Em psicologia da saúde é também necessária uma orientação de natureza social e comunitária que permita compreender os comportamentos relacionados com a saúde em função de contextos sociais e culturais, uma vez que o desenvolvimento económico, a industrialização e a urbanização acarretam alterações dos padrões de mortalidade e morbilidade associados a diferentes padrões de comportamento, diminuição da coesão social, degradação dos sistemas tradicionais de suporte e aumento de dificuldades dos indivíduos em diferentes fases do ciclo de vida, particularmente porque as oportunidades para fazer escolhas saudáveis dependem em larga medida dos recursos materiais e sociais que o indivíduo dispõe, da informação que tem sobre saúde, do seu nível de escolaridade e, até, da sua situação laboral (Hardey, 1998). Por exemplo, os idosos podem viver facilmente em situações de fragilidade social que influenciam negativamente a sua saúde.

No seu estado actual, a psicologia da saúde já inclui claramente perspectivas da natureza social dos processos de saúde e de doença, quer na promoção da saúde e prevenção das doenças (Bennett & Murphy, 1997), quer na saúde mental (Busfield, 1996; Pilgrim & Rogers, 1993) e no envelhecimento (Field e col., 1997)

2. FRAGILIDADE SOCIAL E SAÚDE

Situações de *fragilidade social* são situações que envolvem o risco de rutura do equilíbrio existente entre o indivíduo e o meio social que caracteriza a integração, como é o caso, por exemplo, da pobreza, do desemprego de longa duração, do insucesso escolar, da doença mental, da deficiência, mas também por vezes da pertença a minorias étnicas e culturais. São situações frequentemente caracterizadas por ameaças de

rotura do laço social de proximidade e de solidariedade e também do próprio vínculo simbólico que caracteriza a adesão ao grupo, acarretando frequentemente acumulação de insucesso, rejeição e exclusão social (Xiberras, 1996). A fragilidade pode constituir a fase inicial dum processo de exclusão social, sendo este processo caracterizado por rupturas sucessivas, nomeadamente com o mercado de trabalho e com os laços familiares e afectivos (Bruto da Costa, 2001).

A perspectiva que se pretende introduzir é a de que as situações de fragilidade e de exclusão social podem associar-se a riscos acrescidos para a saúde, riscos relacionados com diferentes factores que podem actuar isoladamente ou em conjunto.

2.1. *Influências sobre a saúde do estatuto socioeconómico, do género e da cultura*

O estatuto socioeconómico está relacionado com a saúde, a doença e a mortalidade. Tem sido sugerido que o gradiente de saúde (relação entre a mortalidade e o estatuto socioeconómico) estaria relacionado com as diferenças que existem nas diferentes classes sociais em matéria de coesão social, stress e controlo pessoal. O estatuto socioeconómico baixo torna o indivíduo mais vulnerável aos factores indutores de stress, uma vez que limita as competências e os recursos de confronto, além de disponibilizar menos recursos para evitar factores e comportamentos de risco para a saúde (Catalano, 2000).

O *estatuto socioeconómico* baixo associa-se frequentemente a quatro aspectos que representam riscos para a saúde: exposição a poluição atmosférica em áreas fortemente industrializadas, regimes alimentares desequilibrados, riscos ocupacionais acrescidos (acidentes, doenças profissionais) e condições precárias de habitação. Além disto, o estatuto socioeconómico baixo relaciona-se também com mais comportamentos de risco para a saúde (tabaco, álcool, sedentarismo) associados a deficientes condições de trabalho e de acesso aos serviços de saúde (Cavelaars e col., 1997). Os indivíduos vivem frequentemente em ambientes pouco saudáveis em termos de falta de segurança e frequência de conflitos e de violência (Taylor e col., 1997). Viver em ambientes deste tipo envolve exposição a stress de longa duração. Acresce que o estatuto socioeco-

nómico baixo está associado a maior risco de perturbações mentais, o que tem sido atribuído também à maior exposição a stress, bem como a capacidade escassa de controlo social e maior probabilidade de desenvolvimento de estratégias de confronto desadaptadas (Alvaro & Páez, 1996). Situações de exclusão social como a pobreza, o desemprego de longa duração e a situação de sem abrigo têm grande impacto sobre a saúde (Marmot & Feeney, 2000).

Uma outra situação específica, frequentemente observada no âmbito de programas de cuidados continuados desenvolvidos a partir de Centros de Saúde, é a dos idosos em situações de dependência necessitando da prestação de cuidados de saúde domiciliários. Muitas vezes com estatuto socioeconómico baixo e com condições precárias de habitação, vivem sozinhos com os seus cuidadores, geralmente o cônjuge, também idoso e com problemas de saúde. Configura-se aqui uma situação dupla de fragilidade social:

- Por um lado, os idosos dependentes, pelas contingências próprias do contexto social onde se inserem, têm menor acessibilidade aos recursos de reabilitação
- Por outro, os cuidadores, também eles idosos, pelo facto de serem cuidadores estão expostos a stress de longa duração e dispõem frequentemente de suporte social escasso.

Os discursos sobre saúde e doença são diferentes consoante as classes sociais: a classe operária tende a utilizar terminologia mais física e a classe média uma terminologia mais centrada na pessoa. Também as próprias significações de saúde são diferentes consoante as classes sociais (Chamberlain, 1997):

- Classes mais desfavorecidas – *Visão solitária* da saúde apenas com componentes físicos de energia, ausência de sintomas e alimentação saudável
- Classes mais favorecidas – *Visão dualista* ou mesmo *complementar*, integrando aspectos físicos e mentais
- Classes mais elevadas – *Visão múltipla*, com aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais e espirituais.

A pobreza tem grande influência na saúde, es-

tando associada a alimentação inadequada, mais doenças infecciosas, desnutrição e problemas de reprodução.

Nos países pobres, a saúde está relacionada com o rendimento *per capita*, a distribuição dos rendimentos, a literacia das mulheres e o número de médicos e enfermeiros. Contudo, o aumento do número de técnicos de saúde parece ter pouca influência na saúde quando existe pobreza significativa e esse aumento não se acompanha de alterações da distribuição dos rendimentos.

Neste domínio, as linhas de investigação da psicologia da saúde podem incluir os seguintes objectivos (Marks e col., 2000): aprofundar a investigação dos efeitos do estatuto socioeconómico na saúde individual e comunitária; identificar os mediadores psicológicos do gradiente de saúde; estudar qualitativamente as experiências de saúde de sujeitos com diferentes estatutos socioeconómicos; identificar mediadores psicológicos da influência da pobreza na saúde em diferentes países.

Em relação às *influências do género* verifica-se que as mulheres, que nos países industrializados têm maior esperança de vida, sofrem mais de hipertensão, doença renal, lúpus, artrite reumatóide, depressão (Cochrane, 1992) e, em geral, de doenças crónicas não-fatais, enquanto os homens sofrem mais de traumatismos, doenças cardiovasculares e suicídio (Macintyre & Hunt, 1997; Litt, 1993).

As diferenças são atribuíveis a factores psicossociais e a diferenças nos estilos de vida. Por exemplo, em relação à saúde das mulheres identificam-se os seguintes factores: mais pobreza, menor estatuto laboral e mais discriminação social; mais stress e violência doméstica; necessidade de desenvolver simultaneamente mais papéis sociais; menores benefícios do suporte social, particularmente como factor protector dos efeitos negativos do stress sobre a saúde.

Para as mulheres, o estatuto socioeconómico baixo é um factor de risco claro para a sua saúde e contribui significativamente para as desigualdades que se verificam no seu estado de saúde, frequentemente associadas a níveis baixos de motivação para adoptarem comportamentos preventivos e a menor acessibilidade aos cuidados

de saúde e aos programas de rastreio (Adler & Coriell, 1997).

As mulheres vítimas de violência doméstica desenvolvem frequentemente perturbação de stress pós-traumático, comportamentos de risco para a saúde (tabagismo, consumo excessivo de álcool, comportamentos sexuais de risco) e perturbações do comportamento alimentar (Robins, 2000; Maier-Paarlberg & Donohue, 2000; Dutton, Haywood & El-Bayoumi, 1997). Especificamente um estudo nacional aponta para consequências psicológicas significativas da violência doméstica, com risco de suicídio e risco de agredir outros (Monteiro, 2000). Por outro lado, mulheres vítimas de violência doméstica durante a gravidez tendem também a desenvolver mais comportamentos de risco para a saúde, além de procurarem menos os cuidados de saúde pré-natais e terem mais crianças com baixo peso ao nascer (Curry & Harvey, 2000). Especificamente as mulheres vítimas de violência sexual estão mais em risco de desenvolverem perturbação de stress pós-traumático, depressão, dor crónica e doenças sexualmente transmissíveis (Kelly & Redford, 1998).

No respeitante às influências do género, o objectivo principal da investigação em psicologia da saúde deve ser o de identificar quais são os mediadores psicológicos da influência do género na saúde (Marks e col., 2000).

No que concerne às *influências da cultura* sabe-se que diferentes culturas estão associadas a diferentes conceitos de saúde, diferentes formas de lidar com as ameaças para a saúde e diferentes experiências de doença (Marks e col., 2000). Os próprios serviços de saúde, a prestação dos cuidados e as actividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças estão frequentemente organizadas numa perspectiva etnocêntrica, passando ao lado das minorias étnicas e culturais que, por seu turno, já percebem muitas vezes obstáculos ao nível da acessibilidade.

A saúde dos grupos minoritários é geralmente pobre, com riscos acrescidos em relação à diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade e depressão. Identificaram-se vários factores associados (Meyerowitz e col., 1998; Modood e col., 1997; Williams & Collins, 1995): práticas sociais de racismo e discriminação; estatuto socioeconómico baixo; etnocentrismo dos serviços de

saúde; diferentes comportamentos protectores da saúde, dependentes da cultura e das diferentes normas sociais e expectativas; diferenças na rapidez de reconhecimento de sintomas e no desencadeamento dos comportamentos de procura de cuidados de saúde; diferenças na acessibilidade aos serviços de saúde; níveis elevados de stress; menor controlo pessoal sobre os acontecimentos.

O stress é proveniente das desvantagens de pertencer a uma minoria, em especial problemas de identidade, biculturalismo e discriminação (Mino, Profit & Pierce, 2000). Os idosos provenientes de minorias são os mais vulneráveis ao stress entre a população idosa, em especial as mulheres (Keller & Fleury, 2000).

Os indivíduos que fazem parte de minorias étnicas e culturais pode ser emigrantes. Neste caso, há que considerar factores eventualmente indutores de stress associados a esta situação, nomeadamente as exigências de adaptação a novos ambientes físicos e sociais, especialmente quando há condições económicas precárias, hostilidade e estigmatização (Shuval, 1982). Mais recentemente tem-se estudado a influência dos processos de aculturação no estado de saúde, que parece poder funcionar como factor de risco ou como factor protector consoante a sua relação com características sociodemográficas, riscos biológicos pré-existent e factores psicológicos protectores e de risco (Azar, 1999), nomeadamente as estratégias individuais que são adoptadas (Berry & Ataca, 2000). Especificamente nas sociedades anglo-saxónicas, a aculturação foi associada a maior tendência para desenvolver diabetes, doença cardiovascular, obesidade e depressão.

2.2. Influências sobre a saúde do stress associado à fragilidade social

Como se sabe, o stress pode afectar o estado de saúde e constitui-se com frequência como um importante factor de risco para o desenvolvimento de doenças, nomeadamente para aquelas que actualmente afectam significativamente a morbimortalidade: hipertensão e doenças cardiovasculares, cancro e doenças cerebrovasculares (Buceta & Bueno, 1995). Os efeitos do stress sobre a saúde têm sido divididos em directos (psicofisiológicos) e indirectos (comportamentais). Qual-

quer indivíduo exposto a uma experiência de stress pode estar em risco em função de variáveis que podem influenciar negativamente a avaliação subjectiva da situação em que se encontra e dos recursos (pessoais e extrapessoais) que dispõe para se confrontar com ela, nomeadamente: estilos de confronto sistematicamente caracterizados por contenção, negação, evitamento e escape comportamental; valores e crenças que predisponham para avaliações desfavoráveis dos acontecimentos; falta de recursos e competências para solucionar situações e, ainda, suporte social escasso.

Para além dos aspectos anteriormente mencionados, é possível que nos indivíduos em situações de fragilidade social esta última possa acrescentar ainda maiores riscos do stress poder ser prejudicial para a saúde uma vez que proporciona maior probabilidade do indivíduo:

- Estar mais envolvido num estilo de vida pouco saudável, com menos comportamentos protectores da saúde e maior envolvimento em comportamentos de risco para a saúde (a nível alimentar, uso de substâncias e dos comportamentos sexuais)
- Viver num ambiente não-saudável, com condições precárias de habitação, alimentação desequilibrada e exposição a abusos e a violência
- Dispor de menor informação sobre saúde, sobre doenças e sobre recursos de saúde, com tendência para utilizar menos os serviços de saúde e demora excessiva nos comportamentos de procura de cuidados
- Desenvolver maior vulnerabilidade aos efeitos do stress relacionada com auto-estima baixa e ao desenvolvimento de cognições pessimistas que conduzem à diminuição da percepção de controlo pessoal sobre as ameaças para a sua saúde e sobre os próprios acontecimentos que são vividos
- Considerar que a sua vida tem pouco sentido, com ausência de projectos
- Estar em confronto mais ou menos permanente com uma situação de isolamento, com poucas possibilidades de partilhar as suas experiências e beneficiando pouco dos efeitos amortecedores que o suporte social pode ter em relação aos efeitos do stress
- Ter maiores dificuldades de comunicação com os técnicos de saúde, de confronto com procedimentos médicos indutores de stress (exames, tratamentos), de adaptação à doença e de adesão a tratamentos medicamentosos e autocuidados
- Ter competências escassas para lidar com a mudança e para moderar influências ambientais, com tendência para se fixar em estados de frustração, o que pode adicionar ainda mais stress (Vanve, 1982).

Parece mais ou menos evidente que em situações de fragilidade social a questão do suporte social escasso pode ser um factor de risco significativo em termos dos efeitos negativos do stress em relação à saúde, uma vez que o indivíduo, estando em confronto com uma situação indutora de stress, não beneficia tanto da redução do stress que pode ser proporcionada de várias formas pelo suporte social: diminuição da quantidade de ameaça percebida na situação e aumento da percepção de controlo; apoio que proporciona atitudes mais positivas e motivação para superar as dificuldades; redução dos comportamentos de risco e reforço dos comportamentos protectores da saúde; desenvolvimento da autoconfiança; alívio proporcionado pelo valor da confiança e apoio emocional que reforça a afectividade positiva.

Em situações de fragilidade social, a falta de suporte social pode ser por si própria indutora de stress, especialmente porque se trata frequentemente de indivíduos com grandes necessidades de suporte mas com poucas oportunidades para o obter, uma vez que a integração social é escassa.

Acresce que várias situações de fragilidade social se caracterizam por dificuldades que também podem contribuir para induzir stress, a saber:

- Sentimentos de inutilidade e de fracasso, por exemplo, em desempregados de longa duração, que tendem a culpabilizar-se mais facilmente da situação em que se encontram (Kasl & Cobb, 1982)
- Restrição e limitação das actividades normais, devidas a diferentes graus de incapacidade funcional em pessoas com deficiências

- Medo e ansiedade em crianças vítimas de violência sexual ou física, que podem mais tarde associar-se a riscos de abuso de substâncias (Swenson & Ezzel, 2000)
- Estar submetido a processos de avaliação e estigmatização social, como pode acontecer, por exemplo, em doentes mentais e ex-reclusos.

Uma perspectiva de psicologia da saúde, orientada para contribuir para a promoção da saúde e prevenção das doenças, implica o desenvolvimento de intervenções comportamentais, focalizadas em variáveis individuais e psicossociais, que tenham como finalidade principal a redução do stress em indivíduos em confronto com diferentes situações de fragilidade social. Parece ser uma perspectiva necessária e complementar às diferentes intervenções de reabilitação e inserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N., & Coriell, M. (1997). Socioeconomic status and women's health. In Sheryle J. Gallant, Gwendolyn Puryear Keita & Reneé Royak-Schaler (Eds.), *Health care for women. Psychological, social and behavioral influences* (pp. 11-23). Washington DC: American Psychological Association.
- Alvaro, J. L., & Pérez, D. (1996). Psicología social de la salud mental. In José Luis Alvaro, Alicia Garrido, & José Ramón Torregrosa (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 382-407). Madrid: McGraw-Hill / Interamericana de España.
- Azar, B. (1999). Probing the link between health and minority status. *APA Monitor Online*, 30 (3), March.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Berry, J. W., & Ataca, B. (2000). Cultural factors. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1, pp. 604-611). San Diego: Academic Press.
- Bruto da Costa, A. (2001). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva, Coleção Fundação Mário Soares.
- Buceta, J. M., & Bueno, A. M. (1995). Ambitos de la intervención psicológica para controlar el estrés e incrementar la salud. In José María Buceta & Ana María Bueno (Eds.), *Psicología y salud. Control del estrés y trastornos asociados* (pp. 25-49). Madrid: Dykinson.
- Busfield, J. (1996). *Men, women and madness: Understanding gender and mental disorder*. Basingstoke: Macmillan.
- Catalano, R. A. (2000). Economic factors and stress. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 2, pp. 9-15). San Diego: Academic Press.
- Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (1997). Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community. *Journal of Health Psychology*, 2, 353-372.
- Chamberlain, K. (1997). Socio-economic health differentials: from structure to experience. *Journal of Health Psychology*, 2, 399-411.
- Cochrane, R. (1992). Incidencia de la depresión en hombres y mujeres. In José Luis Alvaro, José Ramón Torregrosa, & Alicia Garrido (Eds.), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (pp. 58-73). Madrid: Siglo XXI.
- Curry, M. A., & Harvey, S. M. (2000). Stress related to domestic violence during pregnancy and infant born weight. In Jacquelyn C. Campbell (Ed.), *Survivors of abuse. Health care for battered women and their children* (pp. 101-108). Thousand Oaks: Sage Publications, Sage Series on Violence Against Women.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dutton, M. A., Haywood, Y., & El-Bayoumi, G. (1997). Impact of violence on women's health. In Sheryle J. Gallant, Gwendolyn Puryear Keita, & Reneé Royak-Schaler (Eds.), *Health care for women. Psychological, social and behavioural influences* (pp. 41-56). Washington DC: American Psychological Association.
- Field, D., Hockey, J., & Small, N. (Eds.) (1997). *Death, gender and ethnicity*. London: Routledge.
- Hardey, M. (1998). *The social context of health*. Buckingham: Open University Press.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1982). Variability of stress effects among men experiencing job loss. In Leo Goldberger, & Shlomo Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 445-465). New York: The Free Press.
- Keller, C., & Fleury, J. (2000). *Health promotion for the elderly* (pp. 24-29). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kelly, J., & Redford, J. (1998). Sexual violence against women and girls. An approach to an international overview. In R. Emerson Dobash, & Russell P. Dobash (Eds.), *Rethinking violence against women* (pp. 53-79). Thousand Oaks: Sage Publications, Sage Series on Violence Against Women.
- Litt, I. F. (1993). Health issues for women in the 1990's. In S. Matteo (Ed.), *American women in the nineties: Today's critical issues* (pp. 139-157). Boston: Northeastern University Press.
- Maier-Paarlberg, T., & Donohue, B. (2000). Domestic violence. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1, pp. 734-738). San Diego: Academic Press.

- Marks, D. F. (1996). Health psychology in context. *Journal of Health Psychology*, 1 (7), 7-21.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (Eds.). *Health psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marmot, M., & Feeney, A. (2000). Health and socioeconomic status. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 2, pp. 313-322). San Diego: Academic Press.
- Meyerowitz, B. E., Richardson, J., Hudson, S., & Leedham, B. (1998). Ethnicity and cancer outcomes: behavioral and psychosocial considerations. *Psychological Bulletin*, 123, 1861-1869.
- Mino, I., Profit, W. E., & Pierce, C. M. (2000). Minorities and stress. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 2, pp. 771-776). San Diego: Academic Press.
- Modood, T., Berthoud, R., Lakey, J., Nazroo, J., Smith, P., Virdee, S., & Beishon, S. (1997). *Ethnic minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*. London: Policy Studies Institute.
- Monteiro, F. J. (2000). *Mulheres agredidas pelos maridos: De vítimas a sobreviventes*. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (1993). *A sociology of mental health and illness*. Buckingham: Open University Press.
- Robins, I. (2000). Crime victims. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1, pp. 594-598). San Diego: Academic Press.
- Shuval, J. T. (1982). Migration and stress. In Leo Goldberger & Shlomo Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 677-691). New York: The Free Press.
- Swenson, C. P., & Ezzel, C. E. (2000). Child abuse. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 1, pp. 438-442). San Diego: Academic Press.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- Vance, E. T. (1982). Social disability and stress. In Leo Goldberger & Shlomo Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 506-514). New York: The Free Press.
- Xiberras, M. (1996). *As teorias da exclusão*. Lisboa: Instituto Piaget, Epistemologia e Sociedade.
- Williams, D. R., & Collins, C. (1995). US socioeconomic and racial differences in health patterns and explanations. *Annual Review of Sociology*, 21, 349-386.

RESUMO

Neste artigo, a partir do ponto de vista da psicologia da saúde, o autor procura caracterizar as situações de fragilidade social como situações de risco para a saúde, através das influências do estatuto socioeconómico, das diferenças de género, da diversidade cultural e da exposição ao stress. Considera que esta perspectiva, orientada para a promoção da saúde e prevenção das doenças, implica o desenvolvimento de intervenções destinadas a reduzir o stress em indivíduos em situação de fragilidade social, que complementam as medidas de reabilitação e inserção social.

Palavras-chave: Fragilidade social, stress, psicologia da saúde.

ABSTRACT

In this paper, from the health psychology point of view, the author characterizes social weakness as a health risk situation, through the socio-economic status, gender differences, cultural diversity and stress exposition influences. An health psychology point of view, oriented to prevention and health promotion, involves stress reduction in individuals on social weakness, complementary to rehabilitation and social insertion measures.

Key words: Social weakness, stress, health psychology.